

PENERAPAN KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA DI PUSKESMAS DI TIGA PROVINSI DI INDONESIA

Lusianawaty Tana*¹, FX Suharyanto Halim¹, Delima¹, Vivi Lisdawati² dan Emiliana Tjitra¹

1 Pusat Teknologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik, Badan Litbangkes

2 Pusat Biomedis dan Teknologi Dasar Kesehatan, Badan Litbangkes

E-mail : lusianawaty@yahoo.com

IMPLEMENTATION OF OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY IN PRIMARY HEALTH CARE IN THREE PROVINCES OF INDONESIA

Abstract

Active pulmonary Tuberculosis (TB) cases and drug resistance Myco-baterium tuberculosis strain increase the risk of health workers who contact to TB patients. Primary Health Care (PHC) workers in Indonesia have the risk to be exposed to M. tuberculosis in workplace. This study aimed to evaluate the implementation of occupational health and safety concerning prevention of M. tuberculosis transmission in PHC and the obstacles. It was a cross sectional study in 50 microscopic referral PHCs (PRM) and PHCs with capability in microscopic examination (PPM) in Banten Province, Gorontalo Province, and South Kalimantan Province. Data collection was conducted in 2012 through interview and observation to obtain data on PHC characteristic, occupational health and safety implementation, the completeness of guidelines, and facilities. Occupational health and safety implementation on pulmonary TB prevention in PHCs had not fulfilled all the WHO M. tuberculosis transmission prevention guideline yet. Training on TB prevention for the PHC workers had been conducted. Only 58 % of PHCs implemented the program and 56 % had regular health check-up and TB screening activities. Health promotion equipments and facilities for occupational health and safety were still lacking in 26 % of PHCs. Personal Protection Equipments (PPE) such as gloves and disposable maskers were available in almost all PHCs (98 % and 96 %). General facilities and laboratory facilities were still lacking in 68 % and 40 % of PHCs (n=50), respectively.

Conclusions : Occupational health and safety implementation in PRM/PPM need to be improved by completing the facilities of PHC, laboratory, and health promotion.

Key words : Primary health care, occupational health and safety

Abstrak

Munculnya kasus TB paru aktif dan kedaruratan strain TB resisten obat, meningkatkan risiko bagi pekerja yang kontak dengan penderita TB. Pekerja puskesmas di Indonesia mempunyai risiko terpajan kuman TB dari lingkungan kerja. Penelitian bertujuan mengevaluasi penerapan kesehatan dan keselamatan kerja (K3) dalam pencegahan penularan *Mycobacterium tuberculosis* di puskesmas dan hambatannya. Disain *cross sectional*, pada 50 puskesmas (PRM/PPM puskesmas rujukan mikroskopis/puskesmas pelaksana mandiri) di provinsi Banten, Gorontalo, dan Kalimantan Selatan, tahun 2012,

Submit : 18-02-2013 Review : 13-03-2012 Review : 15-03-2012 revisi : 02-05-2013

data dikumpulkan melalui wawancara dan pengamatan. Data yang dikumpulkan meliputi karakteristik puskesmas, penerapan K3, kelengkapan pedoman, sarana dan prasarana. Penerapan K3 dalam rangka pencegahan TB paru di puskesmas belum seluruhnya sesuai dengan Pedoman Pencegahan Penularan *M. tuberculosis* WHO. Pelatihan pekerja puskesmas terhadap pencegahan penularan TB telah dilaksanakan oleh puskesmas. Penerapan K3 yang masih kurang adalah pelaksanaan kegiatan yang perlu dilakukan dan pemeriksaan kesehatan berkala/skrining TB masing-masing pada 58 % dan 56 % puskesmas. Alat promosi kesehatan terkait K3 masih kurang pada 26 % puskesmas. Alat pelindung diri berupa sarung tangan dan masker tersedia pada hampir semua puskesmas 98% dan 96%. Sarana prasarana masih kurang pada 68 % puskesmas dan sarana prasarana laboratorium masih kurang pada 40 % puskesmas (n=50). Penerapan K3 di PRM/PPM perlu ditingkatkan dengan melengkapi sarana dan prasarana puskesmas dan laboratorium, serta alat promosi kesehatan.

Kata kunci : puskesmas, kesehatan dan keselamatan kerja

PENDAHULUAN

Pekerjaan dapat menimbulkan berbagai permasalahan kesehatan bagi para pekerjanya dan risiko pekerjaan masuk dalam sepuluh urutan terbanyak penyebab penyakit dan kematian.^{1, 2} Banyak penyakit infeksi yang dicatat atau mikroorganisme yang diperkirakan sebagai penyebab yang berhubungan dengan pekerjaan.³ Salah satu penyakit infeksi yang perlu mendapat perhatian adalah infeksi karena kuman TB. Risiko tertular TB bagi pekerja meningkat dengan munculnya kasus TB paru aktif dan ke-daruratan strain TB resisten obat yang resisten terhadap pengobatan biasa.⁴

Diperkirakan jumlah pasien TB di Indonesia 5,8% dari total jumlah pasien TB di dunia dan ada 429.730 kasus baru setiap tahun. Perkiraan *incidence rate* kasus baru dengan BTA + : 102 per 100.000/th.⁵ Soemantri S et al⁶, tahun 2004 melaporkan 80 orang dewasa positif sedikitnya 2 sediaan apus (104 per 100.000 penduduk, 95% CI 66-142). Prevalensi relatif lebih tinggi di wilayah Sumatra 160/100.000 dan Kawasan Timur Indonesia 189/100.000. Riskesdas 2007 melaporkan prevalensi TB paru di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga medis 0,4% dan berdasarkan diagnosis dan gejala 0,99%. Provinsi dengan prevalensi TB paru

tertinggi adalah Papua Barat (1,02% dan 2,55%), Nusa Tenggara Timur (0,40% dan 2,05%) Banten (1,13% dan 2,01%), dan Papua (0,89 % dan 1,73 %).

Beberapa provinsi lain di Indonesia dengan prevalensi TB paru yang relatif lebih tinggi dibandingkan dengan angka nasional adalah Provinsi Gorontalo (0,24% dan 1,11%), Provinsi Kalimantan Selatan (0,47% dan 1,36 %).⁷

Data Riskesdas 2010, prevalensi diagnostik TB oleh tenaga kesehatan (wawancara) 2009/2010 sebesar 725/100.000 penduduk, *crude point prevalence* (minimal 1 sediaan apus positif) sebesar 704/100.000, *point prevalence* (2 sediaan apus positif) 289/100.000. Provinsi Banten, Gorontalo, dan Kalimantan Selatan termasuk provinsi yang berada pada urutan ke dua, ke empat dan ke sebelas dari provinsi dengan angka yang lebih tinggi dari angka nasional.⁸

Pekerja yang bekerja di pelayanan kesehatan adalah kelompok pekerja yang berisiko terpajan oleh agen menular, salah satunya adalah kuman TB. Epidemi TB pernah terjadi di rumah perawatan, penampungan tuna wisma, dan rumah sakit.⁹ Joshi R⁴ menyimpulkan risiko penularan kuman TB dari pasien ke pekerja kesehatan merupakan masalah yang sering terabaikan pada banyak

negara berpendapatan rendah dan menengah. Prevalensi TB laten pekerja kesehatan 54% (33% - 79%). Perkiraan *annual risk* di negara dengan pendapatan rendah 0,5% - 14,3%, dan incidence TB pada pekerja kesehatan pertahun 69 - 5780/100.000. *Attributable risk* TB pada pekerja kesehatan 25 - 5361 per 100.000 setiap tahun, lebih tinggi dibandingkan dengan risiko pada populasi umum.

Berbagai langkah untuk mengurangi risiko penularan telah tersedia. *Medical Center Occupational Health Section and Occupational and Environmental Lung Disorders Committee* menyarankan penyuluhan dan pelatihan secara periodik diperlukan bagi pekerja di fasilitas kesehatan agar dapat menjaga kewaspadaan terhadap risiko potensial TB. Diperlukan tindakan mengoptimalkan disain, ventilasi, alur pasien di ruang klinik, melakukan surveilans TB test secara periodik pada pekerja fasilitas kesehatan, penggunaan alat pelindung pernafasan dengan benar, prosedur pengendalian infeksi, dan memperbaharui rencana pengendalian TB secara berkala.¹⁰ *The American College of Occupational and Environmental Medicine (ACOEM)* mendukung penerapan Pedoman pencegahan penularan *Mycobacterium tuberculosis* di fasilitas pelayanan kesehatan (*Guidelines for Preventing the Transmission of Myco-bacterium Tuberculosis in Health Care Facilities*, 2005) yang ditetapkan oleh *Centers for Disease Control and Prevention*.¹¹

Di Indonesia, telah tersedia Surat Keputusan Menteri Kesehatan no. 432/menkes/SK/IV/2007 tentang Pedoman manajemen kesehatan dan keselamatan kerja (K3) di Rumah Sakit.¹² Program penanggulangan Tuberkulosis Nasional dalam menjalankan fungsinya menggunakan puskesmas sebagai fasilitas dalam struktur pelayanan kesehatan nasional. Sehubungan dengan program tersebut, fungsi Puskesmas dibagi 3 kategori yaitu Puskesmas Rujukan Mikros-

kopis (PRM), Puskesmas Satelit, dan Puskesmas Pelaksana Mandiri (PPM).^{13 - 14}

Dalam melaksanakan pekerjaannya, pekerja Puskesmas berisiko terpajan mikro-organisme menular (kuman TB) dan tidak semua melindungi diri dengan baik terhadap kemungkinan tertular kuman TB yang mengancamnya.

Berdasarkan hal tersebut di atas, dilakukan penelitian analisis penerapan kesehatan dan keselamatan kerja pada pekerja puskesmas dalam rangka pencegahan penyakit menular TB paru. Penelitian diharapkan dapat memberi gambaran tentang penerapan K3 pada PRM atau PPM untuk perbaikan dan pengembangan PRM/PPM di masa mendatang.

BAHAN DAN METODE

Disain penelitian ini adalah potong lintang pada 50 puskesmas (PRM/PPM) yang memenuhi kriteria dan ditentukan secara proporsional, jumlahnya 6 kabupaten/kota yaitu di kabupaten/kota Tangerang Provinsi Banten, Kabupaten dan Kota Gorontalo di Provinsi Gorontalo, Kabupaten Banjar dan Kota Banjarmasin di Provinsi Kalimantan Selatan, tahun 2012.^{15, 16, 17} Puskesmas yang didata terdiri dari total PRM, sedangkan PPM merupakan perwakilan dari semua PPM di lokasi terpilih yang ditentukan secara random sampling.

Data dikumpulkan melalui wawancara kepada kepala puskesmas dan melalui pengamatan langsung. Variabel independen meliputi karakteristik puskesmas, tersedianya pedoman, sarana dan prasarana, dan variabel dependen adalah penilaian penerapan K3, yang merupakan gabungan dari beberapa faktor, mengacu kepada buku pedoman pencegahan penularan penyakit menular di rumah sakit dan fasilitas lainnya dan masukan dari narasumber.

Penilaian setiap faktor yang didata diberikan nilai skor yang sama. Penjumlahan dari nilai skor merupakan nilai kelengkapan. Berdasarkan angka median maka kriteria kelengkapan ditentukan dalam kurang, cukup, dan baik. Kriteria baik untuk kelengkapan 100%, cukup untuk kelengkapan rentang median sampai dengan kurang dari 100 %, kurang untuk kelengkapan lebih kecil dari angka median. Penerapan K3 didata berdasarkan kelengkapan : 5 kegiatan yang perlu dilakukan di puskesmas, ketersediaan 4 APD, pelaksanaan 6 pemeriksaan kesehatan berkala/skrining dan pencatatan, pelaksanaan 2 pelatihan, dan ketersediaan 8 alat (tanda) promosi kesehatan. Kelengkapan ketersediaan pedoman, rencana kegiatan, SOP yang didata berdasarkan : 2 pedoman, 9 rencana kegiatan, dan 8 SOP. Kelengkapan sarana

prasarana yang didata berdasarkan: 16 sarana prasarana di puskesmas dan 8 sarana prasarana laboratorium. Kelengkapan kondisi lingkungan didata berdasarkan : 5 kondisi lingkungan di dalam puskesmas dan 4 kondisi lingkungan di luar puskesmas. Data dianalisis secara univariat untuk variabel yang didata dan kriteria kelengkapan.

HASIL

a. Karakteristik puskesmas

Jumlah puskesmas yang didata sebanyak 50 puskesmas meliputi PRM dan PPM di 6 kabupaten/kota di 3 provinsi. Gambaran puskesmas berdasarkan karakteristik provinsi, kabupaten/kota, jenis dan fungsi puskesmas (Tabel 1.).

Tabel 1. Gambaran Puskesmas berdasarkan Karakteristik (N=50)

Karakteristik	Puskesmas n(%)
Provinsi	
Banten	23(46,0)
Kalimantan Selatan	17(34,0)
Gorontalo	10(20,0)
Kota/kabupaten	
Kota	21(42,0)
Kabupaten	29(58,0)
Jenis Perawatan	
Perawatan	8(16,0)
Non perawatan	42(84,0)
PRM/PPM	
PRM	18(36,0)
PPM	32(64,0)
Total	50(100)

Tabel 2. Proporsi Puskesmas berdasarkan Ketersediaan APD (N=50)

Jenis APD	Tersedia APD
	n(%)
Masker kertas sekali pakai	48(96,0)
Sarung tangan	49(98,0)
Penutup kepala	16(32,0)
Baju laboratorium	38(76,0)

Tabel 3. Proporsi Puskesmas Berdasarkan Kelengkapan Penerapan K3(N=50)

Penerapan K3	Kelengkapan*		
	Kurang	Cukup	Baik
	n(%)	n(%)	n(%)
Penerapan kegiatan	29(58,0)	21(42,0)	0(0)
Ketersediaan 4 jenis APD	12(24,0)	22(44,0)	16(32,0)
Pemeriksaan kesehatan berkala/skrining	28(56,0)	21(42,0)	1(2,0)
Pelatihan	0(0)	(0)	50(100,0)
Alat promosi kesehatan di Puskesmas	13(26,0)	37(74,0)	0(0)

*Kelengkapan: Kurang:<median Cukup:median— <100% Baik:100%

Tabel 4. Proporsi Puskesmas berdasarkan Kelengkapan Pedoman, Rencana Kegiatan, SOP, Sarana Prasarana, dan Kondisi Lingkungan (N=50)

Ketersediaan/ Penerapan/ kondisi	Kelengkapan		
	Kurang	Cukup	Baik
	n(%)	n(%)	n(%)
Pedoman/ kegiatan/ SOP			
Pedoman	34(68,0)	16(32,0)	0(0)
Kegiatan	23(46,0)	26(52,0)	1(2,0)
SOP	21(42,0)	27(54,0)	2(4,0)
Sarana Prasarana			
Sarana Prasarana Puskesmas	34(68,0)	16(32,0)	0(0)
Sarana prasarana laboratorium	20(40,0)	27(54,0)	3(6,0)
Lingkungan			
Lingkungan yang baik di dalam puskesmas	14(28,0)	17(34,0)	19(38,0)
Lingkungan yang baik di luar puskesmas	0(0)	6(12,0)	44(88,0)

*Kelengkapan: Kurang:<median Cukup:median - <100% Baik: 100%

Pada Tabel 1 terlihat, sebagian besar puskesmas dari Provinsi Banten, berlokasi di kabupaten, merupakan puskesmas perawatan dan PPM.

b. Ketersediaan APD.

Jenis APD yang didata adalah masker kertas sekali pakai, sarung tangan, penutup kepala, dan baju laboratorium. Proporsi puskesmas berdasarkan ketersediaan APD (Tabel 2). Pada Tabel 2 terlihat, hampir semua puskesmas menyediakan sarung tangan dan masker, tetapi hanya 76,0 %

puskesmas yang menyediakan baju laboratorium.

c. Kelengkapan Pelaksanaan Penerapan K3.

Untuk penerapan K3 yang dianalisis adalah penerapan kegiatan, ketersediaan 4 jenis APD, pemeriksaan kesehatan berkala/skrining, pelatihan, dan tersedianya alat promosi kesehatan di puskesmas. Proporsi puskesmas berdasarkan kelengkapan penerapan K3 (Tabel 3). Terlihat, penerapan K3 dalam hal pelatihan bagi pekerja puskesmas terkait pencegahan TB telah dilaksanakan oleh seluruh puskesmas.

Penerapan K3 terkait pelaksanaan kegiatan yang perlu dilakukan oleh puskesmas dan pemeriksaan kesehatan berkala/skrining masih kurang pada sebagian besar puskesmas. Ketersediaan 4 jenis APD masih belum lengkap pada sebagian puskesmas. Untuk alat promosi kesehatan terkait K3 belum tersedia lengkap pada sebagian puskesmas.

d. Kelengkapan ketersediaan pedoman, rencana kegiatan yang perlu dilakukan, SOP, sarana prasarana, dan kondisi lingkungan.

Kelengkapan ketersediaan pedoman, rencana kegiatan yang perlu dilakukan, SOP, sarana prasarana, dan kondisi lingkungan disajikan dalam Tabel 4. Sarana prasarana dibedakan antara sarana prasarana di puskesmas dan di dalam laboratorium. Untuk lingkungan kerja dibedakan antara lingkungan di dalam puskesmas dan di luar puskesmas.

Pada Tabel 4 terlihat, puskesmas dengan kelengkapan ketersediaan pedoman pencegahan penularan TB paru, kegiatan, SOP, sarana prasarana di puskesmas maupun di laboratorium puskesmas untuk kriteria lengkap hampir tidak ada.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini menunjukkan penerapan K3 dalam pencegahan penyakit menular TB paru dengan lengkap masih belum baik yaitu dalam hal kegiatan yang perlu dilakukan, alat/tanda promosi kesehatan di puskesmas, dan pemeriksaan kesehatan berkala. Apabila ditinjau dari 5 faktor 'kegiatan yang perlu dilakukan untuk pencegahan penularan penyakit menular TB paru' yang didata, maka penyuluhan pengendalian penyakit infeksi TB kepada pasien telah dilakukan oleh semua puskesmas. Hal ini telah sesuai dengan *Medical Center Occupational Health Section and Occupational and Environmental Lung Disorders Committee* yang menyarankan penyuluhan dan pelatihan. Penyuluhan dan

pelatihan bagi pekerja di fasilitas kesehatan termasuk puskesmas penting dilakukan secara periodik, agar pekerja puskesmas dapat menjaga kewaspadaan terhadap risiko potensial TB.¹⁰ Penerapan kegiatan yang perlu dilakukan yang dilaksanakan paling rendah adalah penggunaan masker bagi pasien TB selama berobat di puskesmas. Terkait dengan hal ini, puskesmas yang tidak menerapkan kegiatan ini memberikan alasan tidak menyediakan masker, keterbatasan dalam menyediakan masker, baru sebatas saran kepada pasien untuk menggunakan masker, dan masih mempertimbangkan kemungkinan dampak yang timbul seperti rasa malu dan rendah diri bagi pasien yang mungkin berdampak menurunnya kunjungan pasien TB ke puskesmas. *The American College of Occupational and Environmental Med. Protecting Health Care Workers from Tuberculosis* menyarankan perlunya pemakaian alat pelindung pernafasan dan penggunaannya dengan benar.¹⁰

Dalam hal kegiatan 'penilaian risiko K3 di lingkungan puskesmas' diperoleh hanya 54,0 % yang menerapkannya. Alasan terbanyak yang diberikan oleh puskesmas yang tidak menerapkan kegiatan tersebut adalah bahwa kegiatan masih dalam bentuk rencana kegiatan dan belum dilaksanakan. Untuk penilaian risiko tertular TB di puskesmas, puskesmas yang belum melaksanakannya memberikan alasan bahwa kegiatan tersebut masih belum merupakan kegiatan di puskesmas.

Menurut Joshi R et al⁴ dan Widoyono⁹, penilaian risiko tertular TB penting dilakukan karena adanya risiko terinfeksi kuman TB dan tergantung dari lama dan kualitas pajanan dengan sumber infeksi, lokasi kerja, kategori pekerjaan, dan seberapa baik organisme tersebut dibersihkan dari udara yang terkontaminasi.

Terkait penerapan kegiatan 'skrining dan penandaan pasien rawat jalan dengan

gejala batuk' hanya dilaksanakan oleh 30,0 % puskesmas. Alasan yang disampaikan oleh puskesmas yang tidak menerapkannya adalah belum ada rencana kegiatan terkait hal itu.

Dilaporkan oleh Joshi R *et al* ⁴ bahwa risiko penularan *M. tuberculosis* dari pasien ke pekerja kesehatan masih merupakan masalah bagi fasilitas pelayanan kesehatan di suatu negara. Hal ini terkait kurangnya usaha untuk mencegah terjadinya transmisi nosokomial TB di fasilitas kesehatan. Ditinjau dari ketersediaan kegiatan yang perlu dilakukan dan SOP terkait pencegahan penyakit menular di puskesmas, hanya tersedia dengan lengkap pada 5,0 % puskesmas, dengan kriteria cukup pada separuh puskesmas, sisanya dengan kriteria kurang. Hal ini perlu mendapat perhatian karena pedoman terkait pencegahan penyakit menular di fasilitas kesehatan telah tersedia, namun penjabarannya dalam rencana kegiatan dan SOP belum dilaksanakan dengan baik oleh sebagian puskesmas.

Penerapan K3 terkait ketersediaan, distribusi dan penggunaan APD di puskesmas, hanya 32,0 % puskesmas menerapkannya dengan lengkap. Sebagian besar puskesmas menyediakan masker kertas sekali pakai dan sarung tangan, tetapi hanya 76,0 % dari puskesmas yang menyediakan baju laboratorium. Terkait dengan kurangnya ketersediaan APD di puskesmas, responden memberi alasan bahwa puskesmas hanya bersifat menerima APD tersebut dari Dinas Kesehatan setempat.

Sebagian besar puskesmas belum menerapkan pemeriksaan kesehatan berkala di puskesmas. Terkait dengan pemeriksaan kesehatan pekerja baru/prakarya, alasan yang diberikan oleh puskesmas ; pekerja baru yang bekerja di puskesmas merupakan keputusan dari Instansi yang membawahi puskesmas dan sudah dilakukan pemeriksaan kesehatan, pemeriksaan kesehatan sebelum bekerja hanya dilakukan pada sebagian pekerjanya,

Untuk pekerja yang bukan pegawai negeri, tidak dilakukan pemeriksaan kesehatan sebelum bekerja dan hanya dinilai dari tampilan fisik. Untuk kegiatan pemeriksaan kesehatan berkala bagi pekerja, puskesmas yang tidak melaksanakan kegiatan ini memberikan alasan : belum ada kegiatan tersebut di puskesmas, kegiatan tersebut belum terprogram dan tergantung dari Dinas Kesehatan setempat, dan pemeriksaan tersebut terbatas hanya pada pekerja berusia 40 tahun ke atas. Sehubungan dengan pemeriksaan kesehatan berkala, kepustakaan menganjurkan perlunya melakukan surveilans TB test secara periodik pada pekerja fasilitas kesehatan agar dapat mengidentifikasi pajanan terhadap TB. ¹⁰ Apabila ditinjau dari ketersediaan rencana kegiatan yang perlu dilakukan, hanya 30,0 % puskesmas memiliki kegiatan yang perlu dilakukan terkait pemeriksaan kesehatan berkala. Untuk pemeriksaan kesehatan khusus bagi pekerja puskesmas yang mengalami kecelakaan kerja, sebagian puskesmas yang tidak melaksanakannya memberi alasan belum ada rencana kegiatan tersebut dan belum ada kasus kecelakaan kerja.

Untuk penerapan kegiatan skrining berkala petugas kesehatan terhadap gejala TB minimal 1 tahun sekali, puskesmas yang tidak melaksanakan kegiatan ini memberikan alasan belum melaksanakan kegiatan tersebut di puskesmas dan belum ada program terkait hal tersebut.

Ditinjau dari ketersediaan kegiatan yang perlu dilakukan terkait skrining gejala TB pada pekerja puskesmas minimal 1 tahun hanya terdapat pada 14,0 % puskesmas.

Pencatatan, pelaporan, dan penyimpanan data penyakit yang berhubungan pekerjaan dan kecelakaan kerja, hanya dilaksanakan oleh 32,0 % puskesmas dan yang tidak melaksanakan memberikan alasan belum ada program terkait kegiatan tersebut.

The American College of Occupational and Environmental Med. Protecting Health Care Workers from Tuberculosis menganjurkan untuk membuat rencana prosedur pengendalian infeksi dan rencana pengendalian TB dan memperbaharuihnya secara berkala.¹⁰

Sebagian besar puskesmas telah tersedia alat (tanda) promosi kesehatan di puskesmas dengan kriteria cukup, namun masih ada 26,0 % puskesmas dalam kriteria kurang. Hal ini sesuai dengan penelitian Saputri IAD¹⁸ yang melaporkan bahwa secara keseluruhan sarana prasarana penunjang K3 belum lengkap dan hanya cukup lengkap pada 40,0 % puskesmas di wilayah Surabaya Barat.

Ditinjau dari alat promosi kesehatan yang disediakan, sebagian besar puskesmas menyediakan tanda larangan merokok, liftlet tentang pencegahan penularan TB bagi pasien, namun tidak ada puskesmas yang memasang tanda biohazard di laboratorium. Selain itu, hanya sebagian kecil puskesmas memasang tanda dilarang masuk bagi yang tidak berkepentingan ke dalam laboratorium, tanda larangan lalulalang bagi umum di daerah tempat khusus mendahak, dan tanda larangan berludah di sembarang tempat.

Tanda larangan lalu lalang bagi umum di tempat khusus mendahak menjadi penting karena hanya 16,0 % puskesmas menyediakan tempat khusus mendahak yang tidak dilalui umum, dengan kata lain 84,0 % menyediakan tempat khusus mendahak yang masih dilalui umum. Joshi R et al⁴ dan Widoyono⁹ melaporkan risiko terinfeksi kuman TB tergantung dengan lama dan kualitas pajanan dengan sumber infeksi dan banyaknya organisme di dalam dahak yang dikeluarkan atau udara yang dihembuskan, dan seberapa baik organisme tersebut dibersihkan dari udara yang terkontaminasi. Pasien yang diduga BTA positif dengan derajat positifnya tinggi berpotensi menular-

kan penyakit.⁹ Tempat mendahak yang memenuhi syarat yaitu ada di tempat terbuka dan terkena matahari langsung, tidak dilalui oleh umum dapat memperkecil risiko terulangnya kuman TB.

Apabila ditinjau dari ketersediaan pedoman dalam melakukan pencegahan dan pengendalian infeksi di puskesmas, hanya tersedia pada 30,0 % puskesmas. Hasil analisis menunjukkan walau ada perbedaan antara puskesmas yang memiliki pedoman dengan ketersediaan APD dan pemeriksaan kesehatan, namun ketersediaan pedoman di puskesmas tidak berhubungan dengan penerapan K3 di puskesmas tersebut. Hal ini mungkin dapat diterangkan sebagai berikut, walaupun pedoman tersedia di puskesmas namun mungkin belum dibaca oleh pekerja puskesmas. *The American College of Occupational and Environmental Medicine (ACOEM)* mendukung penerapan Pedoman pencegahan penularan *M. tuberculosis* di fasilitas pelayanan kesehatan.¹¹

Pedoman keselamatan dan kesehatan kerja puskesmas dari Kemenkes RI tahun 2011 telah tersedia namun mungkin belum terdistribusikan ke semua puskesmas.¹⁹ Kemungkinan diperlukan suatu kesepakatan lebih lanjut untuk menggolongkan faktor-faktor tersebut menjadi faktor yang mutlak harus ada, faktor yang penting, dan faktor yang perlu ada pada suatu puskesmas PRM/PPM.

KESIMPULAN

Penerapan K3 dalam pencegahan penyakit menular TB paru pada 50 puskesmas PRM/PPM di provinsi Banten, Kalimantan Selatan, dan Gorontalo belum sepenuhnya sesuai dengan Pedoman Pencegahan Penularan *M. tuberculosis* WHO, yaitu dalam melaksanakan kegiatan yang perlu dilakukan, pemeriksaan kesehatan berkala/skrining, penyediaan alat promosi kesehatan dan APD.

Semua puskesmas telah melaksanakan pelatihan terkait pencegahan penularan TB kepada pekerjaanya. Hampir semua puskesmas menyediakan sarung tangan dan masker kertas sekali pakai. Hanya 32,0 % puskesmas menyediakan sarana prasarana cukup lengkap dan 54 % puskesmas menyediakan sarana prasarana laboratorium cukup lengkap.

SARAN

Penerapan K3 di Puskesmas PRM/PPM perlu ditingkatkan dengan melengkapi ketersediaan pedoman/SOP terkait pencegahan TB paru dan mensosialisasikannya. Sarana dan prasarana baik di puskesmas maupun di laboratorium, alat promosi kesehatan perlu dilengkapi untuk mendukung kegiatan yang berhubungan dengan penerapan K3 dalam pencegahan TB paru di puskesmas dan di laboratorium.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terimakasih kami sampaikan kepada Dr. Siswanto, MHP selaku Kepala Pusat Teknologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik Badan Litbangkes Kemenkes RI yang telah membimbing penelitian ini. Ucapan terimakasih dan penghargaan setinggi-tingginya kami sampaikan pula kepada Drg. Dyah Erti Mustikawati, MPH dan Dr.dr Astrid Widajati Sulistomo, MPH, SpOK selaku narasumber pada penelitian ini, atas masukan dan saran yang sangat bermanfaat bagi penelitian ini. Ucapan terimakasih kami ucapkan pula kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dan Kepala Dinas Kabupaten/kota di provinsi Banten, Kalimantan Selatan dan Gorontalo yang memberikan kesempatan terlaksananya penelitian ini.

DAFTAR RUJUKAN

1. Departemen Kesehatan RI, Direktorat Bina Kesehatan Kerja, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat 2007. Strategi Nasional Kesehatan Kerja di Indonesia. Jakarta. 2007.
2. Barientos MC, Nelson DI, Driscoll T, Steenland NK, Punnett L, Fingerhut MA. Chapter 21. Selected occupational risk factors. World Health Organization. Comparative quantification of Health risks. Global and Regional Burden of Disease. Attributable to Selected Major Risk Factors. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL. Volume 1. Geneva; 2004:1651-1652.
3. Departemen Kesehatan RI, Direktorat Bina Kesehatan Kerja. Seri Pedoman Tatalaksana Penyakit Akibat Kerja Bagi Petugas Kesehatan. Pengantar Penyakit Akibat Kerja. Jakarta. 2007.
4. Joshi R, Reingold AL, Menzies D, Pai M. Tuberculosis among Health-Care Workers in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. 2006. Available in <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1716189/>. Cited November 12, 2010.
5. WHO report 2010. Global Tuberculosis Control. [Disitasi: 3 April 2012]. Diunduh dari: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564069_eng.pdf
6. Soemantri S, Senewe FP, Tjandrarini D.H, Day R, Basri C, Manissero D, Mehta, F, Dye C. Three-fold reduction in the prevalence of tuberculosis over 25 years in Indonesia. Availabel in <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17394685>. Cited at November 12, 2010.
7. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar 2007. Jakarta. 2008.
8. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. Laporan Riskesdas 2010. Jakarta. 2010.
9. Widoyono. Penyakit Tropis. Epidemiologi, Penularan, Pencegahan dan Pemberantasannya. Erlangga. Volume 1. Jakarta; 2008: 3-16.
10. The American College of Occupational and Environmental Med. Protecting Health Care Workers from Tuberculosis. Medical Center Occupational Health Section and Occupational and Environmental Lung Disorders Committee. 2008. Available in http://journals.lww.com/joem/Fulltext/2008/07000/Protecting_Health_Care_Wo

- rkers_from_Tuberculosis.16.aspx. Cited at November 12, 2010.
11. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for preventing the transmission of Mycobacterium tuberculosis in health-care settings, 2005. MMWR Recomm Rep. 2005;54:1-141.
12. Menteri Kesehatan. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no. 432/menkes/SK/IV/2007. Tentang Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) Di Rumah Sakit. Jakarta.2007. available in [http://www.depkes.go.id/downloads/Kepmenkes/KMK %20432-IV %20K3 %20RS.pdf](http://www.depkes.go.id/downloads/Kepmenkes/KMK_%20432-IV_%20K3_%20RS.pdf) cited at November 15, 2010.
13. Kementerian Kesehatan RI. Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat Menteri Kesehatan Republik Indonesia. [Disitasi : 8 Juli 2011]. Diunduh dari : [http://dinkessulsel.go.id/new/images/pdf/Peraturan/sk %20kebijakan %20dasar %20puskesmas.pdf](http://dinkessulsel.go.id/new/images/pdf/Peraturan/sk_%20kebijakan_%20dasar_%20puskesmas.pdf).
14. Gerakan Terpadu Penanggulangan TB Terpadu. Struktur program Penanggulangan Tuberculosis Nasional. [Disitasi: 8 Juli 2011]. Diunduh dari:<http://www.tbindonesia.or.id/tbnew/struktur/article/56/00020022/3>.
15. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar 2007 Provinsi Banten. Jakarta. 2008.
16. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar 2007 Provinsi Gorontalo. Jakarta. 2008.
17. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar 2007 Provinsi Kalimantan Selatan. Jakarta. 2008.
18. Saputri IAD. Faktor yang Menghambat Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Kerja di Puskesmas Wilayah Surabaya Utara. [Disitasi: 8 Mei 2013]. Diunduh dari : http://alumni.unair.ac.id/kumpulanfile/5205843261_abs.pdf
19. Kementerian Kesehatan RI, Direktorat Bina Kesehatan Kerja dan Olah Raga, Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak. Pedoman Keselamatan dan Kesehatan Kerja Puskesmas.Jakarta. 2011.